



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92, ECATEPEC, ESTADO DE
MÉXICO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

GLORIA PÉREZ MORA

ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

DRA. GLORIA PÉREZ MORA

MÉDICO GENERAL BASE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92
ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS

AUTORIZACIONES:

DRA. PAULA GONZALEZ MARTÍNEZ

COORDINADORA DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE.

DRA. LUCILA ALICIA RODRÍGUEZ JUÁREZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 92.
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE

DR. RAÚL VELÁZQUEZ VARGAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92.
ESTADO DE MEXICO ORIENTE

Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Febrero del 2013.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

DRA. GLORIA PÉREZ MORA

MÉDICO GENERAL BASE ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92
ALUMNO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
DEL IMSS

AUTORIZACIONES:

DRA. PAULA GONZÁLEZ MARTÍNEZ

COORDINADORA DELEGACIONAL AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE.

DRA. LUCILA ALICIA RODRÍGUEZ JUÁREZ

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92.
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE

Dr. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92
ESTADO DE MÉXICO, ORIENTE

DR. RAÚL VELÁZQUEZ VARGAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL IMSS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92.
ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Febrero del 2013.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON
PREECLAMPSIA**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

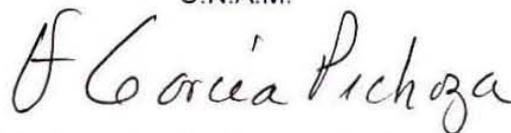
PRESENTA:

GLORIA PÉREZ MORA

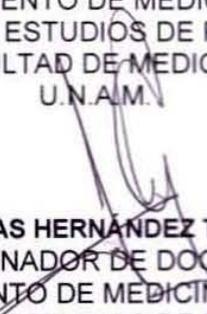
AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FÚLVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
COORDINACIÓN DE DOCENCIA

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON
PREECLAMPSIA**

INDICE GENERAL

1. Título.....	5
2. Índice general.....	6
3. Antecedentes.....	7
4. Planteamiento del problema.....	11
5. Justificación.....	12
6. Objetivos.....	13
- General.....	13
- Específicos.....	13
7. Hipótesis.....	13
8. Metodología.....	14
- Tipo de estudio.....	14
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	14
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	14
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	14
- Información a recolectar.....	15
- Método o procedimiento para captar la información.....	16
- Consideraciones éticas.....	17
9. Resultados.....	18
- Descripción (análisis estadístico) de los resultados.....	18
- Tablas (cuadros) y gráficas.....	18
10. Discusión.....	27
11. Conclusiones.....	28
12. Referencias bibliográficas.....	29
13. Anexos.....	32

3. ANTECEDENTES

La preeclampsia: es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio^(1, 2, 3, 4, 5).

Los criterios diagnósticos de preeclampsia se confirman por la existencia de hipertensión arterial mayor a 140/90 mmHg, inicio a partir de la semana 20 de embarazo que se asocia con proteinuria. Hipertensión arterial. Se considera que una embarazada padece hipertensión arterial, cuando la presión diastólica supera los 90 mmHg en dos tomas consecutivas, o resulta mayor de 100 mmHg en una determinación aislada. Cuando la hipertensión aparece luego de la semana 20 y se asocia con proteinuria, se certifica el diagnóstico de preeclampsia. Se entiende por hipertensión arterial. Se entiende por hipertensión gestacional a la hipertensión arterial sin proteinuria. Tienen buen pronóstico materno-fetal y la presión arterial se normaliza luego del parto. Si la paciente padece hipertensión arterial previa al embarazo o antes de la semana 20 de gestación, se trata de hipertensión arterial crónica. Estas enfermas tienen riesgo de padecer preeclampsia sobreimpuesta; y cursan con mayor morbi-mortalidad materno –fetal. Los valores tensionales persisten elevados transcurridas 6 semanas del puerperio. Proteinuria. Igual o superior a 300 mg/día dos determinaciones 1 + o mayor, con tiras reactivas son válidas para confirmar su presencia^(6,7 8, 9, 10,11).

Edema. Fue excluido como criterio diagnóstico. Normalmente, en la fase final del embarazo podrá existir algún grado de edema pretibial. Se considera edema patológico al que afecta regiones no declives (cara y manos) y suele asociarse a la preeclampsia^(12, 13, 14, 15, 16)

Diagnóstico de preeclampsia grave. Se consideran signos de gravedad. Presión arterial diastólica >110 mmHg, o sistólica > 160 mmHg. Creatininemia > 0.8 mg/dl, oliguria (<400 mL/día), Cefaleas que no seden con analgésicos comunes.

Plaquetopenia < 100,000/mm³. Proteinuria > 5 g/día, o 2 + y mas con tiras reactivas. Elevación de las transaminasas hepáticas. Dolor epigástrico o hipocondrio derecho. Alteraciones visuales: destellos, visión borrosa, amaurosis (17, 18, 19)

En un estudio por Hernández y Colaboradores en el cual se analizo a pacientes con preeclampsia grave se encontró: en el grupo estudio existe un predominio de mujeres en edades extremas de la vida: adolescentes menores de 20 años 30,5 % y mayores de 35 años, 28,6 %, que en un 50,1 % resultaron nulíparas. ⁽²⁰⁾

La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades mas pobres y con menor nivel educativo a bajo nivel cultural analfabetas y educación básica (p<0.01). ⁽²¹⁾

Es importante mencionar que una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. ⁽²²⁾ Entre los recursos familiares más importantes se encuentra la cohesión, que se expresa en el nivel de apoyo mutuo, afecto y confianza entre los miembros de la familia. Cuando la familia puede contar con esta posibilidad de decisión conjunta, cuenta con un recurso muy positivo para el enfrentamiento a las diferentes problemáticas de la vida familiar. Otro puntal importante es la flexibilidad, ya que en la medida que la organización interna de la estructura familiar sea más flexible, permitiendo adoptar nuevos roles y reglas, se facilitará la solución de los conflictos. Esta capacidad del sistema da lugar al recurso de adaptabilidad, que no es más que la capacidad de la familia para enfrentar los cambios y adaptarse al medio social; es decir, la habilidad para cambiar de la estructura de poder, las relaciones de rol y las reglas en dependencia de la nueva situación.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía.

Aunque existen varios métodos e instrumentos para evaluar el grado de funcionalidad familiar, son pocos los que tienen un valor práctico, dada la complejidad, extensión, limitación o dudosa confiabilidad y validez de la mayoría de los instrumentos existentes. Por citar algunos: Índice de función familiar, escala de evaluación familiar, clasificación triaxial de la familia, modelo de Mc Master, escala de eventos críticos, Apgar familiar, Faces III, Etc. ⁽²²⁾.

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, con un instrumento que se diligencia por sí mismo, que es entendido fácilmente por personas con educación limitada y que en muy poco tiempo se puede completar. Se diseñó para el uso potencial de personas en distintos estratos socioeconómicos y en diversos contextos socioculturales; además, es capaz de proporcionar datos que indiquen la integridad de componentes importantes de la función familiar ⁽²³⁾

Nombre: Family APGAR. Autor: Smilkstein, Ashworth y Montano (1982). Adaptación: Bellon, Luna y Lardelli (1996). Escala de Funcionamiento Familiar. Nº de ítems: 5 Características del Cuestionario: El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas) ⁽²⁴⁾

Estructura Factorial: El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de .82 y el test de esfericidad de Bartlett de 1.315.2 ($p < 0.000050$). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) Al igual que en la escala original reportan mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por componentes principales una estructura unifactorial que explica el 55.14% de la varianza, obteniendo también un índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin con un valor mayor a .70 (MSA=.817) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(10)=1734$ $p=.000$).⁽²⁵⁾

Codificación: Consta de 5 reactivos todos redactadas en sentido positivo, que se contestan con una escala tipo likert de tres opciones de respuestas (casi nunca, a veces y casi siempre) que se puntúan en la escala original de 0 a 2 con un rango de 0 a 10. Para su codificación se estiman valores de > 6 como funcional y < 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 3 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve y la funcionalidad familiar se contemplan las puntuaciones de 7 a 10. Administración: Individual o Colectiva. Tiempo aproximado de aplicación: 3 minutos. Población a la que va dirigida: Desde los 11 años. Propiedades psicométricas: Fiabilidad: En la validación española de Bellon, Delgado, Luna y Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest es superior a .75. Posee una buena consistencia interna según datos de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982) quienes reportan un alfa de Cronbach de $\alpha=.84$. Asimismo, se obtuvo el mismo valor en una muestra chilena (Caqueo y Lemos, 2008). Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) reportan una consistencia interna de $\alpha=.79$. Validez: En cuanto a validez, el trabajo original reporta un alto grado de correlación (.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Índex. Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu (2010) muestran que la escala se correlaciona con comunicación familiar madre/padre ($r=.576$; $p=.000$), apoyo de familia y amigos ($r=.585$; $p=.000$), sintomatología depresiva ($r=-.402$; $p=.000$) y con medidas de autoestima general ($r=.468$; $p=.000$) y familiar ($r=.581$; $p=.000$).^(24, 25)

Ante este es confiable la escala y se puede utilizar es nuestro estudio.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia representa una de las causas más importantes de morbi mortalidad materna y perinatal en el mundo y la principal en nuestro medio, afecta del 6 al 8% de todos los embarazos. En México es la causa de 30% de los casos de muerte materna, siendo esto 5 – 9 veces mayor que en países desarrollados, por lo cual es considerada aun como un problema de salud. Al considerar que la paciente pertenece a un sistema que es la familia y esta es red de apoyo permite evaluar al paciente como un todo lo que conlleva a pensar en los cambios de funcionalidad familiar al no contar con estas redes. En base a lo anterior se formula la siguiente pregunta:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con preeclampsia?

5.- JUSTIFICACIÓN

Cada día mueren unas 1000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres y con menor nivel educativo. En comparación con las mujeres de más edad, las adolescentes corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos. La mortalidad materna mundial se ha reducido en un tercio entre 1990 y 2008. En 2008 murieron 358,000 mujeres durante el embarazo y después del parto. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas son: hemorragias graves, infecciones generalmente tras el parto, hipertensión gestacional, se presentan 50,000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México, América latina y el caribe constituye la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas.

Por lo tanto, la preeclampsia representa la primera causa de morbimortalidad materna y perinatal en México, dentro de la zona estado de México Oriente el año 2011 registró 109 pacientes con preeclampsia. Por lo que es necesario conocer la frecuencia con que se detecta preeclampsia de forma oportuna en nuestro medio a través y a pesar de las medidas aplicadas en el primer nivel de atención durante el control prenatal, demostrando que continua siendo necesario el desarrollo de nuevas alternativas diagnosticas que puedan ser aplicadas en el primer nivel de atención durante el control prenatal de rutina, Justificando así la realización de este estudio.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la funcionalidad familiar en la paciente con preeclampsia en la UMF 92 del IMSS.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Identificar las variables socio-demográficas como son: Edad, Estado civil, Escolaridad, en pacientes con preeclampsia.

7. HIPÓTESIS

No requiere hipótesis por ser descriptivo sin embargo se formula la siguiente:

Ho: La preeclampsia se relacionara menos del 50% con la presencia de disfunción familiar.

Ha: La preeclampsia se relacionara más del 50% con la presencia de disfunción familiar

8. METODOLOGÍA

- Tipo de estudio.

Observacional, Descriptivo, prospectivo y transversal.

- Población Lugar y tiempo de estudio

La presente investigación se realizó en la unidad de medicina familiar no. 92 de la Delegación Estado de México Oriente, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Ubicada Av. Central esq. Santa Prisca, Colonia Laderas del Peñón, Ecatepec, Estado de México; en el período comprendido del 13 de Septiembre al 05 de Octubre del 2012

- Tipo de muestra y tamaño de la muestra

Se incluyó en el estudio a mujeres bajo el diagnóstico de preeclampsia sin importar semanas de gestación, edad, estado civil, escolaridad, con patología obstetricia y no obstétrica concomitante, independientemente del riesgo obstétrico obtenido. Se tomó una muestra no probabilística por conveniencia, debido a que tenemos el censo de pacientes embarazadas de la unidad, así como el censo de pacientes preeclampticas.

- Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

a) Criterios de inclusión:

- Paciente con diagnóstico de preeclampsia registrado en expediente.
- Que acuda de manera regular a la consulta externa de Medicina familiar
- Acepte participar bajo firma de consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión:

- Antecedente de hipertensión arterial esencial previa al embarazo.

- Con trastorno psiquiátrico.

c) Criterios de eliminación:

- Paciente que evolucione síndrome de hellp o eclampsia.
- Paciente que no requiriese en su totalidad el formato APGAR.

- Información a recolectar

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Unidades de medición
Funcionalidad Familiar. (dependiente)	La función familiar se define como el cumplimiento total de las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia medido a través de la adaptación, resolución de problemas, participación, crecimiento, afecto.	A través de Escala de APGAR familiar Clasificándolo como satisfacción familiar funcional 7 a 10 puntos. Satisfacción familiar disfuncional de menor o igual a 6 puntos	cualitativa	ordinal	Se medirá con la escala de Apgar familiar Clasificándolo como satisfacción familiar funcional 7 a 10 puntos. Satisfacción familiar disfuncional de menor o igual a 6 puntos
Preeclampsia Independiente	La Pre eclampsia: es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación.	Expediente clínico que cuente con diagnóstico de pre eclampsia. Presión arterial mayor a 140/90 mmHg, con proteinuria mayor 300mg/dl. Puede o no haber datos de vasoespasmo y edema.	Cualitativa	nominal	Expediente clínico que cuente con diagnóstico de pre eclampsia.
Edad (variable demográfica)	Período de vida en Años desde el Nacimiento al momento del estudio	Años cumplidos	cuantitativa	continua	Numero de años
Escolaridad (variable demográfica)	Nivel académico alcanzado	Grado académico alcanzado por el paciente: Analfabeta, Primaria secundaria, bachillerato, técnico, licenciatura posgrado	cualitativa	Ordinal	Analfabeta, Primaria secundaria bachillerato, técnico, licenciatura posgrado
Estado Civil Variable demográfica	Situación conyugal Civil en cuanto a la Sociedad	Estatus civil Casado, soltera unión libre, divorciada, viuda	Cualitativa	Nominal	Casada, soltera unión libre, divorciada, viuda

- Método o procedimiento para captar la información

Procedimiento, el Investigador principal, solicitó el permiso para la realización del estudio en la Unidad sede del Curso. acudió a trabajo social a partir del 13 de Septiembre del 2012 donde consulto el registro de las pacientes incluidas en programa de pulsera roja con diagnóstico de preclampsia, posteriormente se acudió al consultorio y se entrego una invitación al protocolo a las pacientes con criterios de inclusión, e invitándolas a una cita en enseñanza para su entrevista a las 12:00 hrs a 14:00 hrs. de lunes a viernes. Se solicitó el permiso bajo consentimiento informado (anexo 1) y después se requiso la Cédula de identificación (anexo 2), por ultimo se dio a llenar la escala de APGAR Familiar (anexo 3). Todos los datos que se obtuvieron se registraron en el programa de Excel donde se realizó el tratamiento estadístico de la siguiente manera:

Variable dependiente: cualitativo nominal: se graficara en barras y se procederá a realizar frecuencias y porcentajes.

Variable independiente: Cualitativa nominal: se graficara en barras y se procederá a realizar frecuencias y porcentajes.

Variable sociodemográfica: Cualitativa ordinal y nominal: se graficara en barras y se procederá a realizar frecuencias y porcentajes.

Cuantitativa discreta: se aplicara en las graficas de barras las medidas de tendencia central (media y mediana) con aplicación de desviación estándar.

Los datos se procesaron en el programa SPSS V-20 para obtener las diferentes medidas estadísticas.

- Consideraciones éticas

De acuerdo con el “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud”, en su artículo 17 y 18, el presente estudio se considero una investigación con riesgo mínimo, ya que no se utilizaron métodos invasivos o que afectara la integridad del individuo, además de que no se realizo ninguna intervención que modifique intencionadamente variables fisiológicas y sociales de los participantes.

Tomando en cuenta el derecho de autonomía de los participantes y a favor de su bienestar, los sujetos fueron informados ampliamente de su participación en esta investigación, la cual consistió en contestar el instrumento: “funcionalidad familiar en pacientes con preclampsia en una unidad del IMSS” y la cédula de identificación, con la seguridad de que los datos vertidos se manejaron con completa confidencialidad y fueron codificados de forma que no se permitió su identificación, protegiendo la privacidad de los participantes.

Los resultados fueron dados a conocer a los respondientes con la finalidad de orientarlos y derivarlos a trabajo social para su envío a terapia familiar.

9. RESULTADOS

La muestra estudiada fue un total de 25 pacientes con preeclampsia (SISMER) dentro de la unidad de medicina familiar n°92 del IMSS.

Las características socio demográficas de las pacientes con preeclampsia fueron (tabla 1), por rango de edad de 23 a 40 años, el grupo de 35 a 37 años representó un 36 % (n=9), la media de edad fue de 32.5 y la desviación estándar de ± 5.72 (26.84, 38.28) (Figura 1).

Características	N	%
Edad 23-25	5	20
26-28	1	4
29-31	3	12
32-34	3	12
35-37	9	36
38-40	4	16
Total	25	100
μ	32.56	
D.E	± 5.72 (26.84, 38.28)	

En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia fue (tabla 2), la mujer casada 64% (n=16), pacientes en unión libre, 32% (n=8), la menor frecuencia fue soltera 4% (n=1). No se presentaron casos en divorciadas ni viudas. (Figura 2).

La escolaridad fue (tabla 3), mayor en pacientes con secundaria 48% (n=12), pacientes con preparatoria 24% (n=6), pacientes con primaria 20% (n=5), pacientes universitarias 8% (n=2), no se presentaron paciente con posgrados ni analfabetas. (Figura 3).

Las características sociodemográficas de pacientes con preeclampsia y funcionalidad familiar. Fueron funcional el 72% (n=18) y disfuncional 28% (n=7). (Figura 4).

En cuanto a edad en pacientes preeclámpticas con funcionalidad familiar se presento, (tabla 4) la mayor frecuencia fue en grupo de 35 a 37 años 38.9% (n=7), seguido de 23 a 25 años 22.3% (n=4), los de menor frecuencia fueron de 38 a 40 años 16.7% (n=3), de 29 a 31 años 11.1% (n=2), pacientes entre 26 a 28 años 5.5 % (n=1) y 32 a 34 años 5.5% (n=1). (Figura 5)

En el estado civil la mayor frecuencia de funcionalidad familiar, se presento en (tabla 5) pacientes casadas 72.2% (n=13), unión libre 22.3% (n=4), solteras 5.5% (n=1), no se presentaron casos de divorciadas ni viudas. (Figura 6)

De acuerdo a la escolaridad se presento (tabla 6), mayor funcionalidad familiar en pacientes con secundaria 50% (n=9), preparatoria en un 22.2% (n=4), primaria 16.6% (n=3) universidad 11.2% (n=2), no se presentaron analfabetas (Figura 7)

Con un grado de disfuncionalidad familiar, la mayor frecuencia fue (tabla 4), en pacientes de acuerdo a la edad de 32 a 34 años 28.55% (n=2), de 35 a 37 años 28.55% (n=2), de 23 a 25 años 14.3% (n=1), de 29 a 31 años 14.3% (n=1), de 38 a 40 años 14.3% (n=1), no se presento en pacientes con edades entre los 26 y 28 años de edad. (Figura 5)

Se presento un grado de disfuncionalidad familiar con (tabla 5), mayor frecuencia según estado civil, en unión libre 57.2% (n=4), casadas 42.8% (n=3) no se presento disfuncionalidad en pacientes solteras, divorciadas ni viudas. (Figura 6)

Pacientes con disfuncionalidad familiar de acuerdo a escolaridad, (tabla 6), de presento una mayor frecuencia en pacientes con secundaria 42.8% (n=3), primaria 28.6% (n=2), preparatoria 28.6% (n=2) no se presento disfuncionalidad en pacientes analfabetas ni universitarias. (Figura 7)

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de la edad de las pacientes con Preeclampsia Unidad de Medicina Familiar no. 92, periodo de Septiembre a Octubre 2012 (n=25)

Características	N	%
Edad 23-25	5	20
26-28	1	4
29-31	3	12
32-34	3	12
35-37	9	36
38-40	4	16
total	25	100
μ	32.56	
D.E	± 5.72 (26.84, 38.28)	

Fuente: Encuesta.

---- Sin resultados

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes del Estado Civil de las pacientes con Preeclampsia Unidad de Medicina Familiar no. 92, periodo de Septiembre a Octubre 2012 (n=25)

Características	N	%
Estado civil		
Soltera	1	4
Casada	16	64
Unión libre	8	32
Divorciada	---	---
Viuda	---	---
Total	25	100

Fuente: Encuesta.

---- Sin resultados

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de la Escolaridad de las pacientes con Preeclampsia Unidad de Medicina Familiar no. 92, periodo de Septiembre a Octubre 2012 (n=25)

Características	n	%
Escolaridad		
Analfabeta	---	0
Primaria	5	20
Secundaria	12	48
Preparatoria	6	24
Universidad	2	8
Posgrado	---	0
Total	25	100

Fuente: Encuesta.

---- Sin resultados

Tabla 4. Frecuencias porcentajes en pacientes con Preeclampsia y funcionalidad familiar y edad en la unidad de medicina familiar no. 92, del periodo septiembre octubre de 2012 (n=25)

Paciente con Preeclampsia				
Características	Funcional		Disfuncional	
	N	%	n	%
Edad				
23-25	4	22.3	1	14.3
26-28	1	5.5	---	0
29-31	2	11.1	1	14.3
32-34	1	5.5	2	28.55
35-37	7	38.9	2	28.55
38-40	3	16.7	1	14.3
Total	18	100.0	7	100.0
μ	32.56			
D.E	5.72			
	(26.84,38.28)			

Fuente: Encuesta y escala de Apgar familiar

---- Sin resultados

Tabla 5. Frecuencias porcentajes en pacientes con Preeclampsia y funcionalidad familiar y Estado civil en la unidad de medicina familiar no. 92, del periodo septiembre octubre de 2012 (n=25)

Paciente con Preeclampsia				
	Funcional		Disfuncional	
Características	N	%	n	%
Estado civil				
Soltera	1	5.5	---	0
Casada	13	72.2	3	42.8
Unión libre	4	22.3	4	57.2
Divorciada	---	0	---	0
Viuda	---	0	---	0
Total	18	100.0	7	100.0

Fuente: Encuesta y escala de Apgar Familiar.

---- Sin resultados

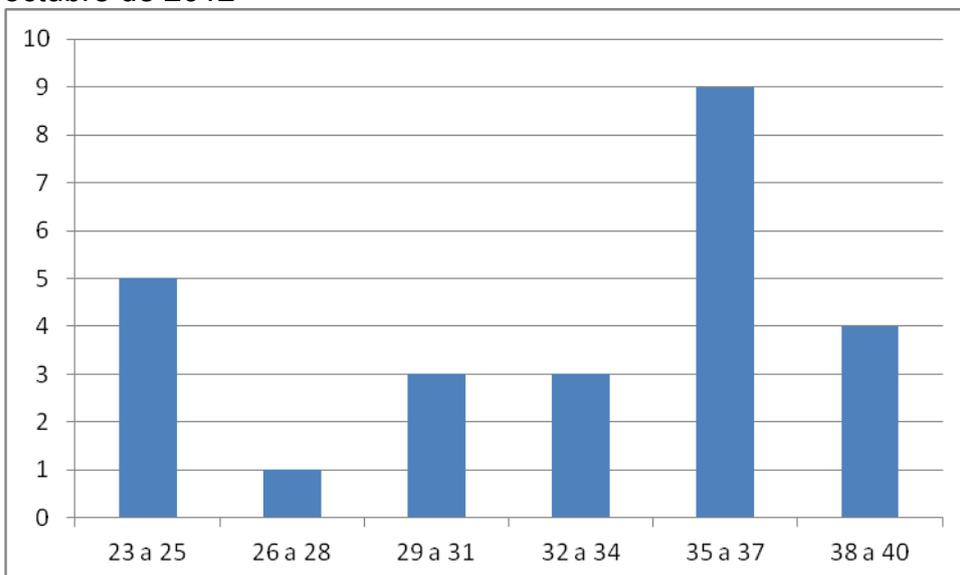
Tabla 6. Frecuencias porcentajes en pacientes con Preeclampsia y funcionalidad familiar y Escolaridad en la unidad de medicina familiar no. 92, del periodo septiembre octubre de 2012 (n=25)

Paciente con Preeclampsia				
	Funcional		Disfuncional	
Características	N	%	n	%
Escolaridad				
Analfabeta	---	0	---	0
Primaria	3	16.6	2	28.6
Secundaria	9	50	3	42.8
Preparatoria	4	22.3	2	28.6
Universidad	2	11.2	---	0
Total	18	100.0	7	100.0

Fuente: Encuesta y escala de Apgar familiar.

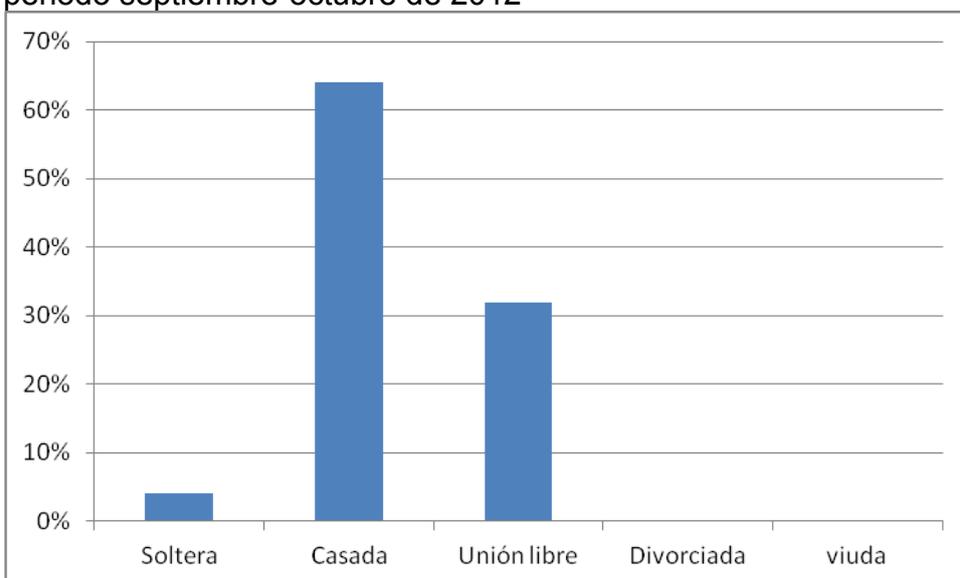
---- Sin resultados

Figura 1: Distribución por edad en pacientes con preeclampsia en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 del periodo septiembre-octubre de 2012



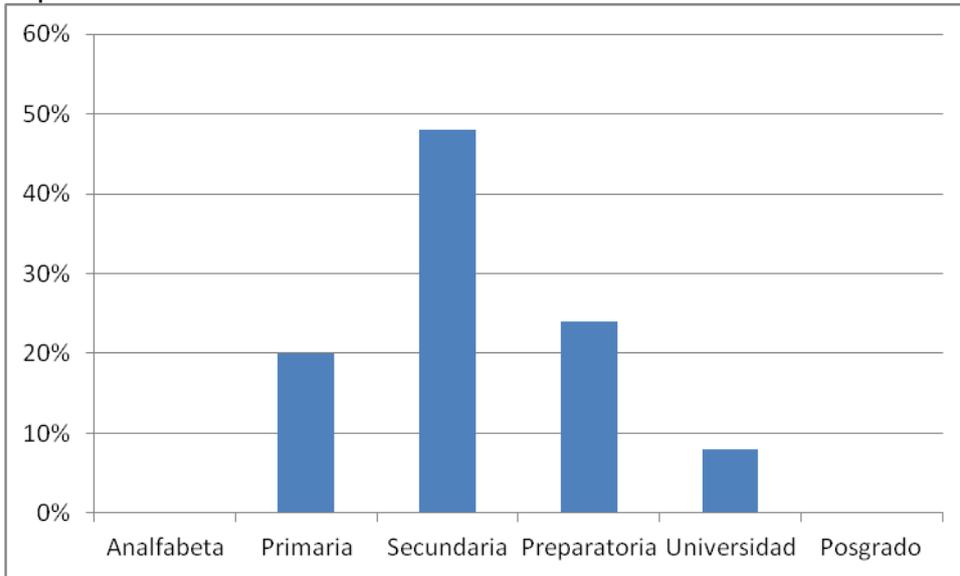
Fuente: Encuesta Sep. – Oct. 2012.

Figura 2. Distribución por estado civil en pacientes con preeclampsia en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 en el periodo septiembre-octubre de 2012



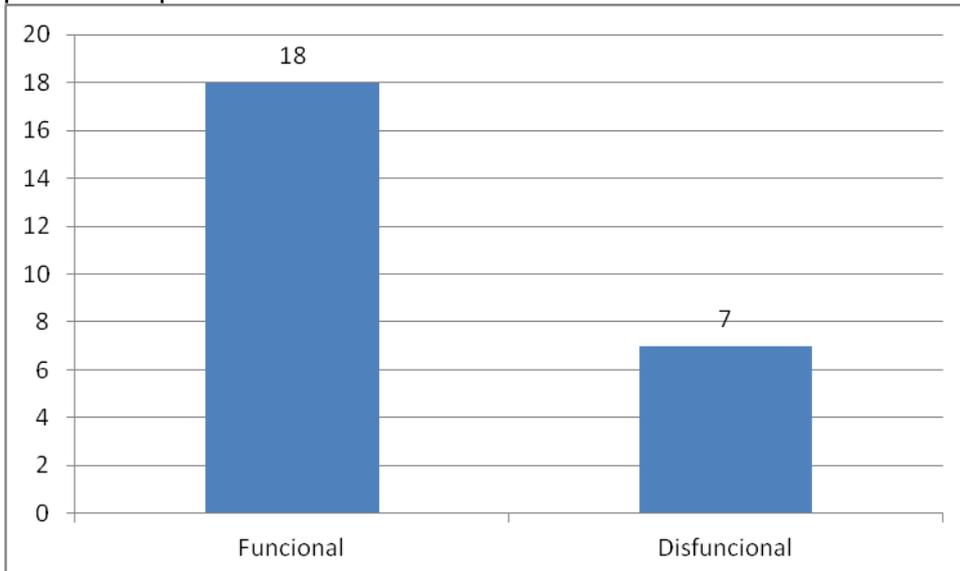
Fuente: Encuesta Sep–Oct 2012.

Figura 3. Distribución por escolaridad de pacientes con preeclampsia en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 periodo septiembre-octubre de 2012



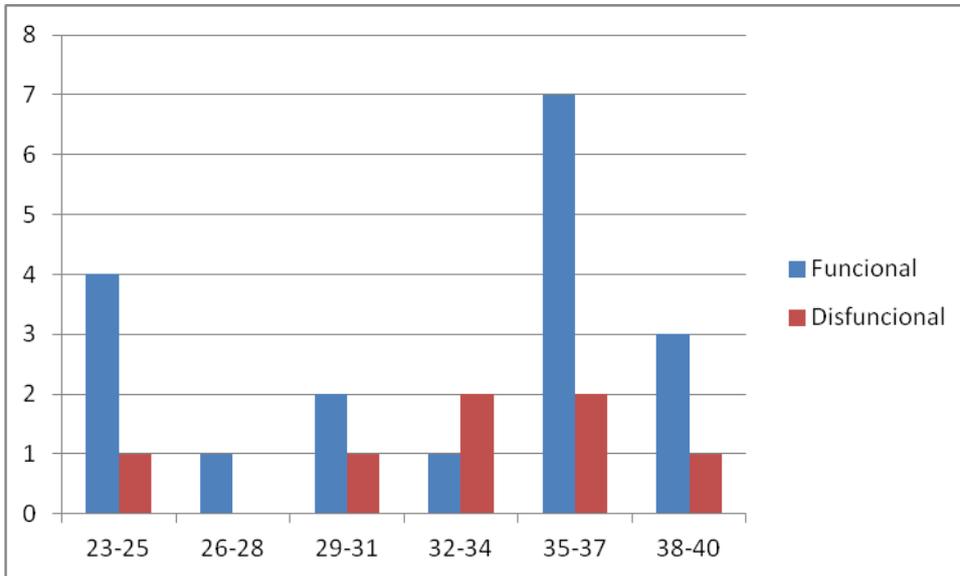
Fuente: Encuesta Sep.-Oct 2012.

Figura 4. Distribución de pacientes con preeclampsia funcionalidad familiar en la Unidad de Medicina Familiar 92, periodo Septiembre -Octubre del 2012.



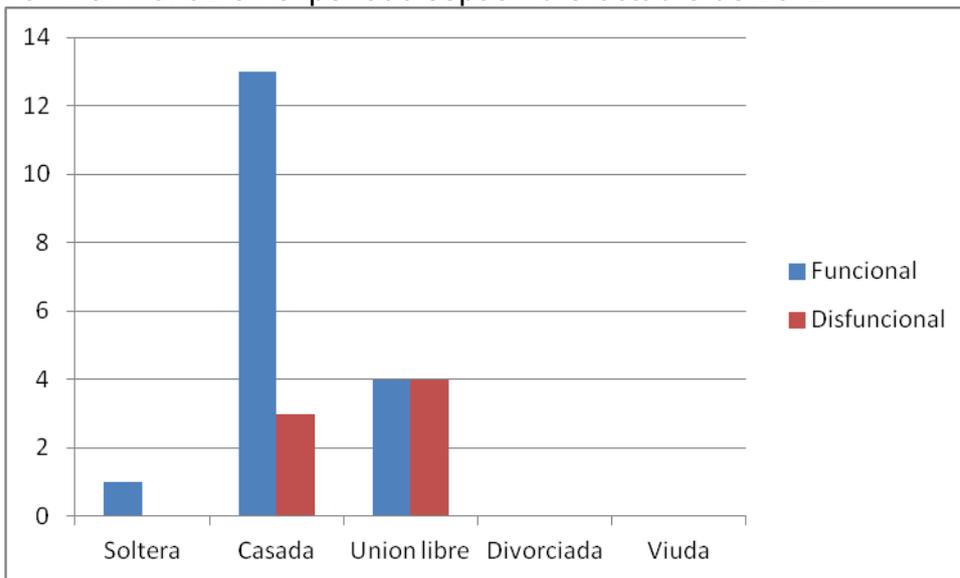
Fuente: Encuesta Sep. -Oct. 2012.

Figura 5. Distribución por edad de pacientes con preeclampsia y funcionalidad familiar en el periodo septiembre –octubre de 2012 en la Unidad de Medicina Familiar No.92.



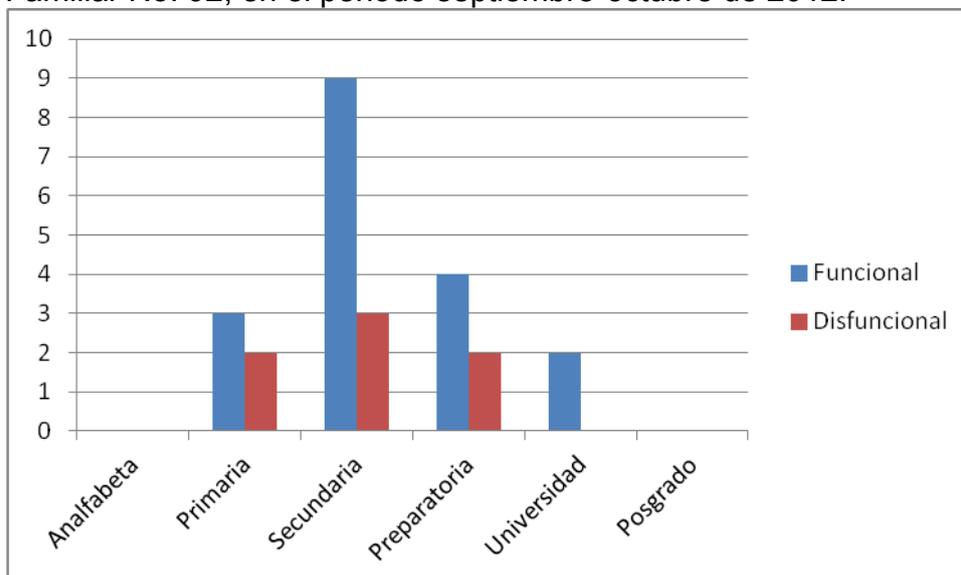
Fuente: Encuesta Sep –Oct. 2012.

Figura 6. Distribución por Estado Civil de pacientes con preeclampsia y funcionalidad familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 92 en el periodo septiembre-octubre de 2012.



Fuente: Encuesta Sep.-Oct. 2012.

Figura 7. Distribución por escolaridad de pacientes con preeclampsia y Funcionalidad familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 92, en el periodo septiembre-octubre de 2012.



Fuente: Encuesta Sep.-Oct. 2012.

10. DISCUSION

Este estudio fue una muestra no representativa con recolección del 100% de la mujeres con diagnóstico de preclampsia, durante el periodo de Septiembre a Octubre del 2012; por lo cual, cuenta con un sesgo para la representación de la población Estatal.

En cuanto a edad, en un estudio realizado por Hernández y Colaboradores ⁽²⁰⁾, demostró que la preclampsia se ubica con mayor frecuencia en los extremos de la vida (menores de 20 años y mayores de 35 años), en nuestro estudio el grupo de 35 a 37 demostró mayor frecuencia, sin embargo, no se contó con menores de 20 años.

Jasovic y Colaboradores ⁽²¹⁾, en relación a nivel educacional en mujeres con preclampsia encontró, que las de menor años de estudio (menor de 8 años) analfabetas y educación básica cuentan con mayor riesgo a presentar dicha enfermedad. En nuestro estudio la secundaria demostró mayor frecuencia (correspondiente a 7 a 9 años de estudio).

Martínez y colaboradores ⁽²⁶⁾ realizaron un estudio en relación a la disfunción familiar Asociada con el estado civil refiriendo que existen diferencias entre familias casadas y en unión libre utilizando escala de Apgar familiar y faces III dando como resultado mayor funcionalidad en familias en unión libre con respecto a las casadas. En nuestro estudio se presento mayor funcionalidad en pacientes casadas con respecto a unión libre. Pimentel ⁽²⁷⁾ realizo un estudio con pacientes embarazadas con alto riesgo obstétrico concluyendo que la disfunción familiar no resulto ser estadísticamente significativa, podría explicarse por el medio cultural en que nos encontramos. En nuestro estudio la funcionalidad familiar fue mayor que la disfunción familiar.

Irigoyen ⁽²³⁾ refiere que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa, esto significa que las pacientes tienen un lugar muy importante dentro de su familia y al presentarse la preeclampsia existe una

crisis familiar, que rompe con el equilibrio, en el estudio realizado, se reporta una mayor funcionalidad y la disfunción fue en porcentaje menor.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio indican que la funcionalidad familiar se presenta en mayor porcentaje que la disfunción familiar, pero no se considera representativa, por la cantidad de pacientes diagnosticadas en la Unidad de Medicina Familiar No. 92.

11. CONCLUSION

Mediante este estudio se llega a concluir que en las pacientes con preeclampsia registradas en la unidad de medicina familiar No. 92 del IMSS del periodo comprendido de septiembre a octubre de 2012, existe una mayor prevalencia de funcionalidad familiar que disfunción familiar. Presentándose disfunción familiar con mayor frecuencia en pacientes con edad entre los 32 y 37 años, estado civil unión libre, casadas, con escolaridad secundaria, seguidas de primaria y luego preparatoria. Se cumplió con los objetivos general y específico del presente estudio.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Guía Clínica. Atención integral de la preeclampsia en el segundo y tercer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, 2008.
2. Lindheimer M, Roberts J, Cunningham F. Chesley's Hipertensión en el embarazo. 2da. Ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
3. Hernández PJA, López FJA, Ramos AG, López CA. Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años. Ginecol Obstet Méx. 2007; 75: 61-67.
4. Ferrer AL, Basavilvazo RMA, Lemus RR, Toca PL, Hernández VM. Análisis de la tendencia de mortalidad materna durante 10 años de seguimiento en una región urbana. . Ginecol Obstet Méx. 2005; 73:477-483.
5. Rosas M, Lomelí C, Mendoza GC, Antonio LJ, Méndez A, Férez SSM, et al. Hipertensión Arterial sistémica en el Embarazo. Arch Cardiol Méx. 2008; 78 (Suple 2): 104-108.
6. PeraltaPML, Gúzman IMA, Cruz AA, Basavilvazo RMA, Sánchez AS, Martínez GMC. Utilidad para establecer diagnostico y severidad de los síntomas y signos mas frecuentes en la paciente preecláptica. Gac Méd Méx. 2004; 140 (5): 513 – 517.
7. Unidad de Calidad y Normativa. Lineamiento técnico médico Clave 2730-013-004: Para la atención obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio. México: IMSS; 2007.
8. Unidad de Calidad y Normativa. Lineamiento técnico médico Clave 2730-013-00: Para la vigilancia del embarazo, del puerperio y sus complicaciones, en medicina familiar. México: IMSS; 2005.
9. Guía de Práctica Clínica. Control Prenatal con enfoque de riesgo. México. Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008.
10. Pizano ZML, Ramírez GMC, Mendoza FME, Tolentino DM, Morales HRM, Meza CC, et al. Papel de la preeclampsia en la evolución clínica, antropométrica y bioquímica en el primer año posparto. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20 (4): 52 – 59.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Norma Técnico médica para la prevención y manejo de preeclampsia – eclampsia. 2005, 8-9.
12. Villanueva LA, Figueroa A, Villanueva S. Concentraciones séricas de electrolitos en mujeres con preeclampsia severa. Rev Hosp. Gral Dr. M Gea González. 2000; 3(4): 166 – 169.
13. Briones GJC, Díaz de León PM, Bravo TE, Ávila EF, Ochoa REC, Briones VCG, et al. Medición de la fuga capilar en la preeclampsia – eclampsia. Cir Ciruj. 2000; 68: 194 – 197.
14. Meneses CJ, Moreno SAA, González DJI, Díaz LPM, Rodríguez RM, Castorena ÁR, et al. Medición hemodinámica en la preeclampsia severa. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2008; 22(1): 10-14.
15. Briones VCG, Meneses CJ, Moreno SAA, González DJI, Díaz de León PMA, Carlos BGJ. Preeclampsia: Una nueva teoría para un viejo problema. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2008; 22(2): 99 – 104.
16. Briceño PC, Briceño SL. Conducta obstetricia basada en evidencias. Preeclampsia leve: manejo expectante ¿hospitalario o ambulatorio?. Ginecol Obstet Mex. 2006; 74: 537 – 45.
17. Medina LJM, Medina CN. Diferencias y similitudes de la preeclampsia y la hipertensión gestacional. Ginecol Obstet Mex. 2005; 73: 48 – 53.
18. Martínez FJI, Aguirre AG, Coronado MH. Síndrome de HELLP – Eclampsia. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2001; 15(4): 121 – 125.
19. Briones GJC, Gómez Bravo TE, Díaz de León PM, Briones VCG, Rodríguez RM. Hemorragia Cerebral en preeclampsia – eclampsia. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2003; 17(4): 133 – 137.
20. Hernández PJA, Estrada AA, Brito BB, Vila HS, Juarez AS. Comparación del pronóstico y evolución de preeclampsia severa/ eclampsia: Revisión de los protocolos de tratamiento en dos instituciones mexicanas de tercer nivel. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2007; 21(4): 170 – 178.
21. Jasovic SE, Jasovic V, Demographic characteristics in preeclamptic women in Macedonia. Rev Med Chile. 2011; 139: 748-754.
22. Irigoyen CA. Nuevos Fundamentos de Medicina familiar. 2da. Ed. México D.F: Medicina Familiar Mexicana; 2004.

23. Huerta GJL. Guía para la elaboración de la historia clínica familiar. 3ra ed. San Luis Potosí México: Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", El Hospital. 2001.
24. Alegre PY, Suarez BM. Instrumentos de atención a la familia: el familiograma y el APGAR familiar. Rampa. 2006 1(1): 48-57.
25. Good MJD, Smilkstein G, Good BJ. The family APGAR index a study of construct validity. J Fam Pract. 1979; 8 : 55
26. Martínez AA, Márquez CF, Castro EJ. Funcionalidad familiar asociada al estado civil. Rev med de la Univ Ver. 2008; 8(1): 60-62
27. Pimentel SB. Ansiedad, depresión y funcionalidad Familiar en embarazo de Alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C.N.S la Paz Bolivia. Rev Peceña Med Fam. 207;4(5):15-19.

13. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROS SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

(Anexo 1) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PACIENTE CON PREECLAMPSIA

En autorización por el Comité Local de Investigación en salud 1401. Con no. De registro
R-2012-1401-55

El objetivo de este estudio es:

Determinar la funcionalidad familiar en la paciente con preeclampsia en la Unidad de Medicina Familiar no. 92 del IMSS.

Se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice, así como puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Sin embargo se me dará información de la encuesta en cuanto a resultado y orientación en caso que lo amerite.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono 5755-9744 con la Dra. Gloria Pérez Mora (investigador principal); Dr. Raúl Velázquez Vargas (Asesor de Temático) Tel. 57559422, ext. 51456

Ecatepec, Edo. De México, a _____ de _____ del 2011.

Nombre y firma del Paciente

Nombre y firma de un testigo

Dra. Gloria Pérez Mora.
Investigador.

Dr. Raúl Velázquez Vargas
Investigador.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROS SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MEXICO ORIENTE
JEFATURA DELEGACIONAL DE PRESTACIONES MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 92

(ANEXO 2) CÉDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Requisite lós datos: Deberá ser llenado por el encuestador

NUMERO DE REGISTRO													
NOMBRE													
EDAD													
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL													
DIAGNOSTICO													
EDAD GESTACIONAL													
ESTADO CIVIL	<table border="1"><tr><td>1.-SOLTERA</td><td></td></tr><tr><td>2.- CASADA</td><td></td></tr><tr><td>3.-UNION LIBRE</td><td></td></tr><tr><td>4.- DIVORCIADA</td><td></td></tr><tr><td>5.- VIUDA</td><td></td></tr></table>	1.-SOLTERA		2.- CASADA		3.-UNION LIBRE		4.- DIVORCIADA		5.- VIUDA			
1.-SOLTERA													
2.- CASADA													
3.-UNION LIBRE													
4.- DIVORCIADA													
5.- VIUDA													
ESCOLARIDAD	<table border="1"><tr><td>0.- ANALFABETA</td><td></td></tr><tr><td>1.-PRIMARIA</td><td></td></tr><tr><td>2.-SECUNDARIA</td><td></td></tr><tr><td>3.-PREPARATORIA</td><td></td></tr><tr><td>4.- UNIVERSIDAD</td><td></td></tr><tr><td>5.- POSGRADO</td><td></td></tr></table>	0.- ANALFABETA		1.-PRIMARIA		2.-SECUNDARIA		3.-PREPARATORIA		4.- UNIVERSIDAD		5.- POSGRADO	
0.- ANALFABETA													
1.-PRIMARIA													
2.-SECUNDARIA													
3.-PREPARATORIA													
4.- UNIVERSIDAD													
5.- POSGRADO													



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 92**

(ANEXO 3) ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR APGAR

Las preguntas son de gran ayuda para entender su funcionamiento familiar. Familia se define como el o las personas con quien usualmente vive. Si Usted vive sola su familia consiste en la (s) persona(s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes.

Instrucciones: Para cada pregunta marcar con solo una X la respuesta que se asemeje a su percepción de apoyo familiar.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			
TOTAL			

Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2

- Calificación de siete a 10: sugiere una familia *altamente funcional*.
- Calificación de cero a seis: sugiere una familia *disfuncional*